**АНКЕТА УЧАСТНИКА**

**Программы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(название)**

**с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ г. по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ г.**

**с ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_** часов или круглосуточно.

**Просим заполнять разборчиво, печатными буквами.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| Фамилия, Имя, Отчество | | Дата рождения. |
|  | | |
| Свидетельство о рождении или паспорт: номер, | серия, когда и кем выдан | |
|  | | |
|  | | |
| Полный почтовый адрес (с указанием почтового индекса) | | |
|  | | |
| Домашний телефон | | |

**Родители (законные представители):**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Мать: Фамилия, Имя, Отчество |  |
|  | |
| Телефоны домашний, рабочий, мобильный**,** удобное время для звонка. | |
|  | |
| **Е-mail** | |
| Отец: Фамилия, Имя, Отчество |  |
|  | |
| Телефоны домашний, рабочий, мобильный**,** удобное время для звонка. | |
|  | |

**Е-mail**

**Разрешение** на возможную фото-, видео -, ТВ-съемку для использования в информационных материалах о лагере: да нет

Анкету заполнил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Ф.И.О. Подпись

"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г.

ИНФОРМАЦИЯ О **СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ** УЧАСТНИКА

Фамилия, имя, отчество участника: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Хронические заболевания:** Нет

Если есть: подробно написать, какие. Указать частоту обострений, в какой стадии находится сейчас

|  |
| --- |
|  |
|  |

Состоит ли на **диспансерном учете** в медицинских учреждениях? Нет

Если да, то у каких врачей:

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Принимает ли систематически какие–либо лекарства:** Нет

Если да, то какие и когда:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Есть ли лекарства, которые **Вы принципиально не используете:** Нет

Если да, то какие:

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Аллергические реакции** на медикаменты, пыль, шерсть животных, пыльцу растений, пищевые продукты и напитки и т.д. Нет

Если есть: **подробно указать аллергены**, в чем заключается реакция:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Были ли за последние 2 месяца **контакты с инфекционными больными**? Нет

Если были, указать, с какими и когда.

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Перенесенные травмы, хирургические операции** за последние 6 месяцев Нет

Если были, подробно указать, какие и когда:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Получал ли ребенок **профилактические прививки** в соответствии с национальным календарем прививок? Да Нет Если нет, то по какой причине:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Привит ли ребенок от:

**от гриппа** в текущем сезоне? Да Нет

*Родители ребенка несут ответственность за полноту и достоверность сведений о здоровье ребенка, указанных в анкете.*

*Помните! Сообщение недостоверных или неполных сведений*

*о состоянии здоровья ребенка может негативно отразиться на участии в программе!*

Анкету заполнил (а):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

ФИО подпись

Дата заполнения: «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.